


Su Explicación de Beneficios


Una Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés Explanation of Benefits) es un extracto que muestra la forma cómo HPI procesó una solicitud de cobertura de gastos médicos y aplicó sus beneficios de salud; no es una factura. La siguiente ilustración es una muestra de EOB. Usted puede recibir un EOB por correo postal en caso de que tenga alguna responsabilidad financiera por cargos relacionados con su solicitud. También puede tener acceso en línea a sus EOBs a través de su cuenta de *My Plan*.



Your Employer Name
PO Box 5199
Westborough, MA 01581

Forwarding Service Requested

MARY A. DOE
123 MAIN STREET
UNIT 21
ANYTOWN, MA 01000



Explanation of Benefits

PLEASE KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS

THIS IS NOT A BILL

Customer Service

For more information, visit healthplansinc.com or call Customer Service at XXX-XXX-XXXX

Group Name: YOUR EMPLOYER PLAN NAME
Group Code: XXX-Z01
Process Date: 02/27/2016
Patient: JOHN W. DOE

Número de teléfono de Servicio al Cliente fácil de localizar

Patient: JOHN W. DOE Provider: ABC MRI DIAGNOSTICS, LLC
Claim #: 216268W8200 Member: MARY A. DOE

Treatment Dates	Procedure Code	Charge Amount	Not Covered	Reason Code	Allowable Amount	*Deductible Amount	*Co-pay Amount	Paid At	Payment Amount
02/03-02/03/2016	70543	\$1700.00	\$0.00	HP	\$1472.85	\$558.15	\$0.00	90%	\$823.23
Column Totals		\$1700.00	\$0.00		\$1472.85	\$558.15	\$0.00		\$823.23
*Patient's Responsibility		\$649.62			Other Insurance Credits or Adjustments				\$0.00
				*Coinsurance Total					\$91.47
				Total Payment Amount					\$823.23

La responsabilidad del paciente está claramente designada

Cantidades de co-pago y deducible por separado

Reason Code/Description

HP YOUR NETWORK DISCOUNT APPLIED

Códigos de razonamiento explican la forma como un cargo fue procesado

2016 Year-to-Date Plan Accumulators

Accumulator Description	Satisfied to Date	Maximum
JOHN W. DOE Individual In-Network Deductible	\$750.00	\$750.00
JOHN W. DOE Individual In-Network Out of Pocket	\$841.47	\$2250.00
JOHN W. DOE Individual Out-of-Network Deductible	\$0.00	\$1250.00
JOHN W. DOE Individual Out-of-Network Out of Pocket	\$0.00	\$3000.00
Family In-Network Deductible	\$1500.00	\$1500.00
Family In-Network Out of Pocket	\$1972.05	\$4500.00
Family Out-of-Network Deductible	\$0.00	\$2500.00
Family Out-of-Network Out of Pocket	\$0.00	\$6000.00

Aquí se muestran las cantidades aplicadas a su deducible y el costo máximo de cargos a su bolsillo

Messages

You are entitled to appeal any denial or partial denial of a claim. See the back of this page for information about your appeal rights.
SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 866-615-8366.

Comments

PER NETWORK AGREEMENT, THERE IS NO MEMBER RESPONSIBILITY FOR PRICING DISCOUNTS.